

## Région Montérégie : Une étude de perceptions des besoins en santé mentale dans la population par des intervenant(e)s de la Montérégie

Lise Gauthier, Claude Gendreau, Noël-André Delisle, Christiane Morin-Blanchet, Vania Jimenez et Jean Robitaille

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030413ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030413ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Gauthier, L., Gendreau, C., Delisle, N.-A., Morin-Blanchet, C., Jimenez, V. & Robitaille, J. (1987). Région Montérégie : Une étude de perceptions des besoins en santé mentale dans la population par des intervenant(e)s de la Montérégie. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 184–188. <https://doi.org/10.7202/030413ar>

---

## Événements régionaux

---

### *Région Montérégie*

Responsable: Rolland Gaudette

### UNE ÉTUDE DE PERCEPTIONS DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE DANS LA POPULATION PAR DES INTERVENANT(E)S DE LA MONTÉRÉGIE.

Les chefs des Départements de santé communautaire de la Montérégie ont mandaté un comité ad hoc afin de procéder à une étude ayant comme but d'investiguer la perception qu'ont les intervenant(e)s des besoins en santé mentale de la population desservie. Dans la Montérégie, cette démarche est complémentaire à l'enquête Santé-Québec en cours à laquelle sont associés les D.S.C. du Québec.

#### OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis par l'étude sont les suivants:

- fournir les données à la planification et à la programmation sous- régionale et régionale en santé mentale;
- compléter le tableau de l'analyse des besoins de la population que doit fournir l'Enquête Santé-Québec par une enquête auprès des intervenants;
- connaître la perception des intervenants sur les problèmes vécus par les gens, leurs besoins en matière de santé mentale;
- favoriser la concertation entre les établissements et organismes intervenant dans le domaine de la santé mentale.

#### MÉTHODE

##### La technique du groupe nominal

La technique du «groupe nominal» a été retenue pour cette enquête. Cette technique permet une con-

sultation directe, active, efficace et rapide d'un groupe d'une dizaine de personnes à la fois en évitant les discussions d'ordre idéologique ou politique. Par conséquent, les résultats obtenus en terme de perception des participant(e)s sont clairement identifiés et démocratiquement déterminés.

Le groupe nominal procède à partir d'une question posée à laquelle les participants donnent des réponses qu'ils priorisent, comme groupe, à la fin de la consultation. La nature de la question est donc primordiale.

Notre revue de littérature nous avait amenés à centrer notre démarche de consultation sur la notion de «besoins essentiels» en matière de santé mentale (plutôt que de «problèmes» ou de «besoins de ressources»); de là le choix d'une question à large spectre, la plus ouverte possible qui rendrait avec le plus de respect possible la véritable opinion des intervenants à ce sujet: *«D'après vous, à partir de votre milieu d'intervention, quels sont les besoins de la population en matière de santé mentale ?»*

Question ouverte dit également réponses diversifiées. Nous avons donc choisi de cadrer le sens de notre question en proposant aux participants la définition de la santé mentale adoptée par l'Association des Directeurs des Départements de Santé Communautaire:

«La santé mentale résulte d'un équilibre dynamique et harmonieux entre la personne et son environnement»

Nous savions que la notion de besoins comportait des ambiguïtés: certaines réponses pourraient

être axées sur des «besoins essentiels» au développement de la personne, d'autres sur des «besoins en services et ressources» institutionnels ou autres.

À partir de notre cadre conceptuel, nous avons donc prévu un traitement et une organisation des réponses en fonction des «besoins» et en fonction des «services».

### Composition des groupes

Nous avons organisé, entre les mois de décembre 1985 et mars 1986 une consultation sur chacun des 19 territoires de C.L.S.C.-M.R.C. de la Montérégie. Chaque consultation regroupait environ 10 intervenants provenant d'organismes différents (C.L.S.C., hôpitaux, organismes communautaires, ressources alternatives, C.S.S., écoles, etc.) et de professions différentes (médecins, infirmiers, intervenants communautaires, enseignants, prêtres, psychologues, travailleurs sociaux, praticiens en médecine douce, etc.). Tous avaient cependant par leur expérience et leur travail une connaissance pratique d'intervention, directe ou indirecte, en santé mentale.

Au total, 174 intervenants ont été consultés. Les C.L.S.C. et les organismes communautaires forment près de la moitié des intervenants questionnés (45.3%). La psychiatrie institutionnelle est bien représentée avec 13.2% des intervenants. Les services sociaux (6.3%), pastorale (6.3%), médecine (7.4%), éducation (5.1%) et centres d'accueil (5.1%) sont représentés en part relativement égale et en dernier lieu les médecines «douces» (2.8%), les média d'information (2.2%), les loisirs (2.2%), la police (1.7%) et autres (1.7%).

### Résultats et analyse

Le tableau 1 résume les résultats obtenus tels que compilés pour l'ensemble de la Montérégie.

**Tableau 1**  
*Compilation de l'ensemble des énoncés priorisés sur le territoire de la Montérégie*

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| <b>A. Besoins</b>               |             |
| 1. Information et promotion     | 18%         |
| 2. Support social               | 26%         |
| 3. Éducation et formation       | 15%         |
| Total- Besoins                  | 59%         |
| <b>B. Services</b>              |             |
| 1. Gestion de crise             | 4%          |
| 2. Évaluation et orientation    | 15%         |
| 3. Coordination et concertation | 9%          |
| Total- Services                 | 41%         |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>100%</b> |

### Les besoins

Nous notons d'abord que 59% des énoncés se classent dans l'expression de «besoins» et 41% dans celle de «services». Au niveau des «besoins», le besoin de «support social» recueille 26% des votes alors que «information» et «éducation» représentent respectivement 18% et 15%.

#### *L'information et la promotion*

Cette catégorie de besoin recouvre, autant pour les clientèles cibles que pour les intervenants, toute l'information pertinente sur les maladies mentales et leur démystification, les événements stressants susceptibles de déclencher des crises, l'information de base sur les habiletés ou les compétences à acquérir pour mieux réagir aux situations de crise de la vie émotionnelle. Les besoins d'informations répondent aussi aux besoins de connaissance de nouveaux comportements à adopter aussi bien qu'à la découverte de nouvelles approches douces en matière de santé mentale.

On entend par promotion toute activité s'adressant à l'individu ou la collectivité, ou à l'intervenant, s'inscrivant dans une perspective de sensibilisation à l'acquisition de nouvelles attitudes en faisant appel à des compétences inexploitées pour une meilleure hygiène mentale face aux événements stressants. L'on fait appel ici à un ensemble

de stratégies médiatiques ou d'événements (par exemple la semaine de la santé mentale) privilégiés pour une prise de conscience de l'importance de la santé mentale auprès des clientèles cibles ou des intervenants.

### *Besoin de support social*

La notion de support social repose sur la nécessité d'enrichir le tissu social de diverses clientèles à risques (familles mono-parentales, jeunes adolescents, adultes seuls, personnes âgées).

Cette notion recouvre aussi la nécessité de développement de groupes d'entraide, de bénévoles, d'aidants naturels ou profanes et la stimulation d'alternatives visant à améliorer le réseau primaire de support.

### *Besoin d'éducation préventive et de formation*

Les besoins d'éducation préventive et de formation s'inscrivent dans un processus d'acquisitions de nouvelles connaissances, d'habiletés ou de nouvelles compétences, soit pour mieux réagir à des événements stressants, soit pour mieux interagir avec l'environnement, ou encore pour mieux intervenir sans professionnaliser à outrance, en répondant à la demande d'aide ou de détresse émotionnelle.

Face à ces demandes d'aide, l'utilisation d'aidants naturels ou profanes et du réseau primaire est privilégiée, de même que les alternatives lorsqu'elles sont dirigées vers un renforcement du potentiel de la personne et de son expérimentation de vécu positif.

En somme, les besoins en information-promotion, en support social, en éducation préventive et en formation, constituent les catégories synthèses à l'intérieur desquelles s'expriment une diversité d'éléments favorisant des comportements, attitudes ou habiletés positives visant le développement ou le maintien de l'hygiène et de la santé mentale.

### *Les services*

Au niveau des «services», le tableau 1 montre que l'évaluation vient en premier lieu avec 15%, suivie de près par la coordination (13%), puis les services complémentaires (9%) et enfin les services de crise (4%).

### *Gestion de crise*

Ces structures ou lieux, qu'ils soient institutionnels ou alternatifs, doivent être capables d'accueillir, d'accompagner, de supporter les personnes en situation de détresse psycho-affective et de leur permettre de se réorganiser sans pour autant les médicaliser ou les institutionnaliser.

### *Mécanismes d'évaluation et d'orientation*

Afin de modifier les pratiques et de développer de nouvelles habiletés, on observe un besoin de meilleurs mécanismes d'évaluation et d'orientation des personnes vivant un problème de santé mentale, en tenant compte de ressources propres à la personne, de son réseau, de ses expériences et de ses antécédents.

### *Coordination et concertation*

Ces besoins sont présents à tous les niveaux dans l'évaluation, le traitement, dans l'exécution des plans d'intervention et/ou de services, le suivi, la réadaptation et la réinsertion.

L'absence de structures ou de mécanismes souples de concertation sous-régionale favorise la segmentation, l'absence de plans de services, l'institutionnalisation et la chronicisation.

L'impuissance et l'isolement des intervenants favorisent la démotivation, le burn-out, le repli et l'utilisation de la nosographie psychiatrique pour des problématiques d'ordre psycho-social.

### *Services complémentaires*

Étant donné la pauvreté actuelle des ressources de la Montérégie, qu'elles soient institutionnelles ou alternatives, et leur caractère essentiellement hospitalier, toute une gamme de services préventifs de première ligne est à développer.

Centre de jour alternatif en santé mentale, hébergement protégé ou supervisé, structure de réinsertion, groupe de support et d'entraide, aidants naturels ou profanes, tous ces services souhaités auraient pour fonction de répondre aux besoins de clientèles spécifiques et surtout de soulager les ressources psychiatriques existantes, en amont et en aval.

En résumé, le Comité interprète les résultats obtenus de la façon suivante:

En ce qui concerne les intervenant(e)s, les besoins en santé mentale dans la population se situent surtout autour du réseau primaire (support social) rejoignant en cela les tendances actuelles de la recherche évaluative en matière de santé mentale (v.g.: les Avis du Comité de la Santé Mentale du Québec).

La ventilation à peu près égale entre «information» et «éducation» tient au fait que les intervenants identifient deux types de besoins semblables, soit l'information sur la santé et la maladie mentale, et l'éducation en santé mentale (modification des patterns liés aux habitudes de vie).

L'ensemble de ces trois catégories est orienté vers l'utilisation du potentiel de la personne et de son capital de santé mentale pour renforcer ses habiletés et ses compétences à gérer le stress auquel elle est confrontée.

Au niveau des services, les intervenants n'ont pas identifié le besoin de nouveaux services. Ils mettent plutôt l'emphasis sur une meilleure utilisation des ressources et services actuellement en place: les deux tiers des réponses «services» réfèrent à des mécanismes d'évaluation-orientation-référence et de coordination. D'ailleurs seulement 4% des réponses font référence à des services de crise, indiquant ainsi que les intervenants se sentent capables de gérer les crises mais ont besoin de meilleures procédures facilitant l'accessibilité, la complémentarité entre les différents niveaux du réseau institutionnel et communautaire. En d'autres mots, une véritable concertation intra et inter-établissement, dans le concret du quotidien.

Mentionnons enfin que les réponses concernant les services complémentaires et de crise ont souvent pour but de développer des ressources «légères», préventives ou de réinsertion, en complémentarité avec les ressources «lourdes» de la psychiatrie institutionnelle dont la clientèle reste et restera toujours une clientèle nécessitant des services plus spécialisés.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Compte tenu des résultats obtenus et de l'analyse faite, le Comité en est arrivé aux conclusions suivantes:

Selon les intervenants oeuvrant dans ce champ d'activité, les besoins en santé mentale de la population sont de trois ordres:

- Le besoin d'être supporté dans son milieu social immédiat et dans les conditions concrètes de la vie: le besoin donc d'un «tissu social» supportant.
- Le besoin d'information sur la santé mentale, ses processus et ses conditions d'actualisation de même que sur la maladie mentale, sa nature et la démystification des tabous qui l'entourent.
- Le besoin d'être mieux formé, éduqué à gérer les stress de la vie quotidienne moderne et de mieux répondre aux exigences des nouveaux rôles sociaux.

Au niveau des services en santé mentale, les intervenants identifient essentiellement deux besoins:

- Une meilleure coordination-concertation entre les services existants (institutionnels et communautaires) de façon à faciliter la collaboration et l'efficacité dans le quotidien du travail, particulièrement au niveau des mécanismes d'évaluation, de référence et d'observation.
- Des services complémentaires et de crise pour alléger les ressources psychiatriques institutionnelles (en termes de prévention et de réinsertion), et leur permettre de mieux jouer leur rôle propre de traitement de la maladie mentale.

Le Comité recommande aux quatre D.S.C. de la Montérégie, en collaboration avec les organismes impliqués dans le domaine de la santé mentale (centre hospitalier, C.L.S.C., C.S.S.S.M., C.S.S., centre d'accueil, ressources alternatives et organismes communautaires) de:

1. concevoir et diffuser des programmes de promotion de la santé mentale et de démystification de la maladie mentale auprès de la population en général et auprès des intervenants;

2. collaborer avec les organismes communautaires et institutionnels à promouvoir les initiatives concrètes de support social dans les milieux de vie des gens;
3. concevoir et diffuser des programmes de formation axés sur le développement des compétences, sur la croissance personnelle et sur l'acquisition de comportements et d'habitudes d'hygiène mentale (tout comme les programmes d'hygiène physique et de conditionnement);
4. concevoir et appliquer à l'intention des intervenants en santé mentale des programmes de formation, de perfectionnement professionnel et de support axés sur le renforcement de la confiance en soi et de la compétence en tant qu'intervenant, sur la modification des pratiques professionnelles. Il pourrait s'agir de programmes de formation sur mesure, de formation continue, d'expérimentation de stratégies nouvelles avec support approprié, de séminaires, de colloques interactifs régionaux;
5. favoriser, stimuler, supporter l'émergence de multiples projets expérimentaux d'intervention de nature variée en prévention et promotion de la santé mentale, par des ressources techniques, humaines et financières, de façon à permettre

que se dessinent des modèles fonctionnels d'intervention à retenir et à diffuser ultérieurement;

6. permettre et favoriser l'expérimentation de projets pilotes concrets et concertés (plutôt qu'uniquement des «tables de concertation») impliquant des intervenants variés et différents et axés sur des problématiques de santé mentale, des clientèles cibles, etc. De ces projets, émergeront des modèles fonctionnels de concertation intra et inter-organismes. Il faut, à cet effet, réaliser la concertation dans les faits et le quotidien de l'intervention en santé mentale, laisser les personnes apprendre à travailler ensemble, avec de nouveaux partenaires provenant d'horizons et d'organismes différents et complémentaires.

Comité régional inter-D.S.C. en santé mentale:

Lise Gauthier du D.S.C. Charles LeMoine

Claude Gendreau du D.S.C. Charles LeMoine

Noël-André Delisle du D.S.C. du Haut-Richelieu

Christiane Morin-Blanchet du D.S.C.

du Haut-Richelieu

Vania Jimenez du D.S.C. Honoré-Mercier

Jean Robitaille du D.S.C. Valleyfield